MAR 29 1921

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel.

Beitrag zur Simulation und Aggravation der akuten Situationspsychosen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der Hohen medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Wilhelm Röper

approb. Arzt aus Münster i. W.

Kiel 1919.

Druck von C. H. Jebens.

Nr. 17. Rektoratsjahr 1919/20.

Referent:
Geheimrat Prof. Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:
Geheimrat Prof. Dr. **Heine,** z. Zt. Dekan.

Meiner lieben Mutter!

Durch die Sonderstellung, die der Kranke in der menschlichen Gesellschaft einnimmt und die kleineren oder größeren Vorteile, die er dem Gesunden gegenüber genießt, liegt für den Gesunden die Versuchung nahe, durch Vortäuschung einer nicht vorhandenen Krankheit oder Aufbauschung kleiner Beschwerden sich in den Genuß der Vorteile zu setzen, die der Kranke genießt. Daher sind Simulation und Aggravation so alt wie die Krankheit selbst.

Schon *Galen* hat eine Abhandlung über den Nachweis der Simulation geschrieben. Auch Geisteskrankheiten sind von alters her simuliert worden. Der göttliche Dulder Odysseus stellte sich einmal geisteskrank, um seinen Zweck zu erreichen; Solon bediente sich der Vorspiegelung einer Geisteskrankheit, um seine Athener zur Wiedereroberung von Salamis anzufeuern. Bei *Fielding*-Blankford heißt es: Seit den ältesten Zeiten ist die Störung des Geistes simuliert worden. Der Blödsinn, welchen David mit Erfolg heuchelte, und die vorgegebene Imbezillität, welche dem Luc. Jun. Brutus das Leben rettete, sind Beweise dafür, und Simulation wird beständig von denen versucht werden, welche einen Beweggrund haben, die Verantwortlichkeit von ihren Schultern abzuwälzen. Glücklicherweise wissen wenige wie man sich geisteskrank zu stellen hat, und es gibt nur einen Shakespeare, welcher die Vorstellung eines Edgar und eines Hamlet zeichnen kann

In unserer Zeit hat Simulation und besonders die Aggravation durch die Unfall- und Krankenversicherung, die in weitgehender Weise für die Kranken eintritt und ihnen den Kampf ums Dasein erleichtert, an Ausbreitung zugenommen. Jedoch nimmt hier die Simulation nicht den breiten Raum ein, den man nach dem Ausspruche *Paulus Zacharias*

„Nullus morbus facilius et frequentius simulari solet quam insania“ vermuten sollte. Im Gegenteil ist die Simulation einer Geisteskrankheit zur Erlangung finanzieller Vorteile selten, weil die Symptome dieser Krankheiten wenig bekannt sind und ihre Vortäuschung so einschneidend auf das ganze persönliche Leben ist, daß der Einsatz den Gewinn nicht lohnt. Es müssen schwerwiegende Ursachen vorhanden sein, um deretwillen sich die Simulation einer Geisteskrankheit lohnt. Dieser Fall ist gegeben bei Gesetzesübertretung, die mit einer längeren Freiheitsstrafe geahndet werden soll. Gegen den Verlust der persönlichen Freiheit lehnt sich jeder Mensch auf und wie der Ertrinkende nach dem Strohhalm greift, so versucht der Verbrecher durch Simulation einer Geisteskrankheit die Zurechnungsfähigkeit für begangene strafwürdige Handlungen von sich abwälzen. Wenn also im Verlauf der Untersuchungshaft oder in den ersten Monaten der Strafhaft sich Zeichen einer Seelenstörung bemerkbar machen, so dürfte man mit einer gewissen Berechtigung an Simulation denken. Jedoch ist zu berücksichtigen, daß gerade in dieser Zeit bei Untersuchungs- und Strafgefangenen, die dazu praedisponiert sind, eine Geistesstörung durch die mannigfachen schädigend auf sie einwirkende Momente zur Entwicklung gelangen kann. Daher dürfen wir nicht jeden, der sich auffällig bemerkbar macht, für einen Simulanten halten, sondern müssen zuerst an eine Krankheit denken. Diesem Gedanken gibt *v. Krafft*-Ebing Ausdruck: „Man darf nicht vergessen, daß Gemütsbewegungen wichtige Ursachen für Geistesstörung sind, und daß deren der Verbrecher vor, während und nach seiner Tat genug erfahren hat; zu dem daß durch den Einfluß der Freiheitsberaubung, sowie durch somatisch und psychisch deprimierenden Verhältnisse des Gefangenenlebens der Verdacht auf eine wirklich vorhandene Seelenstörung ebenso berechtigt ist, wie der auf Simulation.“

Betrachten wir nun einmal die Häufigkeit tatsächlich nachgewiesener Simulation, so finden wir bei den einzelnen Autoren große Schwankungen in der Zahl der angeführten Fälle. Diese Schwankungen lassen sich zum Teil durch die

Verschiedenartigkeit des Krankenmaterials erklären. Sicher ist die Simulation der Geisteskrankheiten in der forensischen Praxis am häufigsten, seltener bei Mitglieder einer Unfallversicherung, während die Zivilpraxis kaum einen Fall von reiner Simulation liefern wird. Dagegen wird in der zivilrechtlichen Praxis die Dissimulation vorwiegen, da in diesem Falle dem Geisteskranken Entmündigung und Beschränkung seiner Selbständigkeit droht. Aus dem vorstehend angeführten Grunde müssen wir daher annehmen, daß *Fürstner* ein ausschließliches forensisches Krankenmaterial begutachtet hat, wenn er unter 25 Fällen 12 mal Simulation feststellte. *Fritsch* dagegen fand unter 200 begutachteten Fällen zehn Simulanten, *Binswanger* unter 73 Untersuchungsgefangenen 21, *Knecht* keinen, *Günther* 1 Simulanten, *Schlöß* berichtet, daß er unter 4338 Aufnahmen vier Fälle von Simulation feststellte und *Schmidt* fand unter 64 begutachteten Fällen zwei Simulanten.

So hoch der Prozentsatz bei den einzelnen Autoren auch ist, so ist doch nach *Schmidtmann* die reine Simulation in dem Sinne, daß keine Geisteskrankheit oder keine Anzeichen eines Schwachsinns nachzuweisen sind, entschieden selten. Gerade Schwachsinnige und Degenerierte sind es oft, die zum Mittel der Simulation greifen. Auch auf dem Boden der Hysterie begegnen wir oft der Simulation, denn der Hysteriker neigt infolge seiner besonderen krankhaften Veranlagung zu Betrug und Lüge, bei ihm ist die mehr oder weniger bewußte Übertreibung vorhandener Beschwerden ein Teil seines Krankheitsbildes, während der bewußte Wille zu täuschen, den wir als den integrierenden Bestandteil der Simulation betrachten müssen, fehlt. Der Hysteriker täuscht eben um der Täuschung selbst willen.

Die Mittel zur Entlarvung der Simulation sind mannigfaltig. Zu verwerfen sind die früher angewandten Zwangsmaßregeln, denn sie sind ein Armutszeugnis für den Arzt, der damit zugibt, daß er mit wissentschaftlich begründeten Untersuchungsmethoden nicht zum Ziele zu kommen glaubt.

Wesentlich ist die genaue Kenntnis der Vorgeschichte des Exploranden, um zu erfahren, in wie fern vielleicht die

psychopathische Veranlagung eine Rolle spielt, ob der Kranke von Jugend auf eine abnorme Persönlichkeit war, bald wichtig schwärmerisch, phantastisch, bald mehr reizbar, eigensinnig, launenhaft war, ob er zu Lügen und pathologischen Schwindeleien neigte, ferner ob seine Schulleistung unter dem Normalen standen und endlich ob sich im späteren Werdegang unbegründete Unstätigkeit bemerkbar machten. *Leppmann* empfiehlt beim Nachweis der Simulation und Aggravation sich zu vergegenwärtigen, ob das dargebotene Krankheitsbild im Ganzen oder in seinen einzelnen Zügen überhaupt vortäuschbar ist. Derselbe Autor weist darauf hin, daß eine zielbewußte Vortäuschung einer Geistesstörung, namentlich über längere Zeit ein so seltener Ausnahmefall ist, daß er kaum in Betracht zu kommen braucht. Treffend vergleicht *Krafft-Ebing* den Simulanten mit einem Schauspieler, doch während dieser nur eine zugeteilte, gut einstudierte Rolle einige Stunden lang vor einem Laienpublikum zu spielen hat, muß der Simulant Dichter, Schauspieler und Improvisator zugleich sein und, selbst Laie, seine Rolle oft monatelang vor einem Forum von Sachverständigen spielen.

Wollte man nun das von dem Exploranden dargebotene Krankheitsbild als Ganzes auffassen, um diesen Symptomenkomplex in eine der geläufigen Formen von Seelenstörung einzureihen und es im Falle, daß es in unser Schema nicht hineinpaßt, einfach für Simulation oder mindestens Aggravation erklären, so würden wir leicht einen Fehlschluß ziehen, denn schon *Jessen* sagte 1855 in richtiger Erkenntnis der unendlichen Mannigfaltigkeit der Formen von Geistesstörungen: „Betrachtet man das dargestellte Bild als Ganzes und sieht, ob es in das Schema der Seelenstörungen hineinpaßt, so ist dies mißlich, denn das Schema hat man sich meist selbst gemacht, und es ist doch zweifelhaft, ob es auch alle Formen, die vorkommen enthält. Die Schuld, daß der Fall nicht hineinpaßt, kann aber auch am System liegen."

Trotzdem haben die Simulanten gewisse Züge gemeinsam, die uns als Leitsätze bei der Klärung der Frage, ob Simulation oder Geisteskrankheit, dienlich sein können.

Fast immer finden wir eine Verzerrung des Krankheits-

bildes, denn der Simulant übertreibt. Es gelingt ihm gewöhnlich nicht die gesamten Symptome einer vielleicht von ihm in seiner Umgebung beobachteten Geisteskrankheit zu kopieren, sondern es finden sich gewöhnlich Unstimmigkeiten zwischen den Äußerungen, dem Inhalte derselben und dem Verhalten des Simulanten, sodaß das beabsichtigte Krankheitsbild nicht eindeutig zu stande kommt. Dabei sind manche Symptome so typisch, wie z. B. das ideenflüchtige Sprechen, daß es dem Simulanten unmöglich ist eine getreue Kopie davon zu geben. Andere Symptome wie das Einhalten bestimmter Körperlagen, dauernde motorische Erregung ermüden den Gesunden bald, während diese Ermüdung dem Geisteskranken nicht zum Bewußtsein kommt.

Nicht unbedingt beweisend sind starke Gegensätze im Verhalten des Patienten in Gegenwart des Arztes und zu Zeiten, da er sich unbeobachtet glaubt, denn diese finden wir auch bei Geistesstörungen, wie bei Katatonie und Hysterie.

Ferner ist eine alte Erfahrung, daß der Simulant fast immer das Maximum der augenfälligen Symptome darstellt, „er sieht weniger als der Blinde, er hört weniger als der Taube, er hinkt mehr als der Lahme, usw.“ (*Kratz*). Alle geäußerten Symptome sind so drastisch dargestellt, so maßlos übertrieben in ihren Folgen, kleine wirklich vorhandenen Übel so unsinnig aufgebauscht, daß das Mißtrauen des Untersuchers schon durch die grenzenlose Übertreibung geweckt wird.

Auf gestellte Fragen bemüht sich der Simulant möglichst unsinnige Antworten zu geben, und verrät dadurch, daß er sich in seinem Antworten im gerade Entgegengesetzten der Frage bewegt, daß er den Sinn der Frage richtig aufgefaßt hat.

Ein weiterer Zug des Simulanten ist der sprunghafte Wechsel der Erscheinungen, die Bereitwilligkeit, mit der neue Symptome, die der Patient durch scheinbar zufällige Äußerungen des Untersuchers hört oder an Kranken seiner Umgebung wahrnimmt, aufgegriffen werden. Deshalb empfiehlt *Schmidtmann* den Exploranden mit Kranken zusammen

zu bringen und zu beobachten in wie fern der Simulant sein Krankheitsbild zu vervollständigen sucht, doch warnt *Leppmann* davor dem allzu großen Gewicht beizulegen, denn auch Dementia praecox und das hysterische Irresein zeichnen sich durch große Suggestibillität aus.

Auch den entgegengesetzten Zug finden wir bei der Simulation und Aggravation. Der ängstliche Simulant hält krampfhaft an den einmal geäußerten Beschwerden fest und wiederholt täglich dieselben monotonen Klagen. Auch das muß den Untersucher stutzig machen, weil dann die normalen Schwankungen, die jedes Krankheitsbild bietet, fehlen.

Endlich ist es verdächtig, wenn der Explorand sich von seiner Umgebung gern für krank halten läßt, da wirklich Geisteskranke mit wenigen Ausnahmen dagegen protestieren, wenn man sie für krank erklärt.

An Hand des Obengesagten sollen drei Fälle von Situationspsychosen, deren Überlassung ich dem Herrn Geh. Medizinalrat Prof. Dr. *Siemerling* verdanke, daraufhin untersucht werden, ob in diesen Fällen Simulation oder Aggravation angenommen werden darf.

* * *

1. Fall.

Vorgeschichte: Der 25 Jahre alte Ersatzrekrut, frühere Arbeiter, Heinrich K. erhielt für den 26. und 27. Juni 15. von seinem Truppenteil in Flensburg Urlaub nach seinem Heimatsort Kiel. Am 28. Juni sandte er einen Eilbrief an seine Kompagnie, in dem er angab, daß er nicht reisefähig sei, weil sein Leistenbruch herausgetreten sei. Er wurde daraufhin angewiesen, sich in ein Lazarett zu begeben oder zurück zu kehren. Am 30. Juni kam bei der Kompagnie ein Paket an, in dem sich K.'s. Militärsachen befanden mit der Mitteilung, er liege im Lazarett Bellevue. Die benachrichtigte Polizei stellte fest, daß K bei seinen Eltern wohnte und auf der Werft arbeitete. Am 1. Juli hat sich K. beim Bezirkskommando in Kiel gemeldet und ist angewiesen worden, sofort zu seinem Truppenteil zurückzukehren. Seitdem ist K. verschwunden. Von seinen Eltern wurde K. am

30. Juni zuletzt gesehen. Er wurde für fahnenflüchtig erklärt und am 23. August von einem Schutzmann auf dem Mölltingplatz schlafend angetroffen und verhaftet. Seine Vernehmung ergab annähernd die obigen Tatsachen Auch sagte er aus, daß er sich in der Zeit vom 1. 7. bis zu seiner Verhaftung obdachlos herumgetrieben habe, um sich nicht erwischen zu lassen. Als Grund seines Fortbleibens von der Truppe gab er an, daß der Dienst ihm zu schwer gewesen sei.

K. ist am 28. 9. 12. wegen Diebstahls mit einem Verweis und am 12. 4. 14. wegen Unterschlagung mit 50 Mk. Geldstrafe eventl. 10 Tagen Haft vorbestraft.

K. wurde in Untersuchungshaft genommen und da sich bei ihm Anzeichen einer Geistesstörung zeigten, wurde er am 25. 8. 15. ins Festungslazarett Kiel überführt.

Hier wurde folgende Krankengeschichte aufgenommen:

25. 8. 15. Alter und Vorgeschichte sind nicht feststellbar. Schaut ängstlich umher, weicht auf Anruf ruckartig zurück, Augen tränen, antwortet nur, „sind weg", wer? „Handgranaten". Auf jede Frage diese Antwort, sonst nichts herauszubringen. Läßt sich ausziehen; nimmt aber jedes Kleidungsstück und faltet es sorgfältig auf.

Befund: Großer kräftiger Mann in gutem Ernährungszustande. Die körperliche Untersuchung ergibt normalen Befund, die Reflexe sind lebhaft, schrickt bei jedem Geräusch zusammen „Sie kommen." Wer? „Russen, wollen mich tot machen, wegreißen, Handgranaten", in dem der ganze Körper zittert, Tränen in den Augen. Plötzlich wieder ruhig „sind weg".

In den nächsten Tagen gibt K. folgende Briefe ab:

„Mag nicht immer drinnen sein, möchte bitten gerne draußen bleiben zu dürfen und spazieren gehen zu dürfen, Herr Stabsarzt."

gez. Musketier Heinrich K.

* * *

„Ich möchte bitten draußen bleiben zu dürfen und spazieren gehen zu dürfen."

gez. Musketier Heinrich K.

* * *

„Bitte Herrn Stabsarzt draußen zu bleiben und spazieren gehen zu dürfen."

gez. Musketier Heinrich K.

* * *

7. 9. 15. Heute hat Patient zum ersten Mal etwas klareres Wesen. Hat die beigefügten Briefe geschrieben. Simulation scheint nicht ausgeschlossen.

13. 9. '5. Über K. läßt sich kein klares Bild gewinnen, da Simulation möglich erscheint. Er zeigt zwar etwas klareres Wesen, vermag aber noch nicht geordnet zu sprechen und bringt die Worte nur stoßweise hervor, schreckt bei jedem Geräusch zusammen, führt aber nicht mehr die wirren Reden.

4. 10. 15. Fortwährendes Nicken mit dem Kopfe nach der Seite und nach vorn.

12. 10. 15. Keine wirren Reden mehr, schreckt bei jedem Geräusch zusammen und dreht sich ruckweise um.

16. 10. 15. K. machte im Anfang einen läppischen, kindischen, oft völlig blödsinnigen Eindruck. Es kann als sicher gelten, daß er die Krankheitserscheinungen, — dauernde Ausrufe, Grimassieren, Zuckungen am ganzen Körper, Nichteingehen auf Anreden — übertreibt. Andrerseits muß bei der langen Dauer des Zustandes an einen geistigen Schwächezustand gedacht werden. Jedenfalls scheint K., der sicher immer wieder mit derartigen Störungen auf Unbequemlichkeiten im Dienste reagieren wird, dienstunbrauchbar, und wird wegen geistiger Minderwertigkeit als D.U. gemeldet.

Intelligenzprüfung scheitert an dem gänzlich ablehnenden Verhalten des Kranken.

19. 10. 15. Keine Klagen. Keine Zeichen organischer Nervenerkrankung. Patient nickt stets mit dem Kopfe, Sprache flüsternd und stoßweise. Eine Verständigung unmöglich. Schlürfender Gang.

Spezialärztlicher Befund betreffs des Leistenbruches:

Angeborener rechtsseitiger äußerer, nur schwer reponierbarer Leistenbruch mit Erguß und Darminhalt im Bruchsack.

Am 9. 11. 15. wurde K. in die Kieler psychiatrische und Nervenklinik aufgenommen.

Krankengeschichte.

Anamnese, abgegeben vom Vater, am 22. 11. 15.

Vetter mütterlicherseits Geisteskrank, sonst keine erbliche Belastung.

Geburt ohne Arzt.

Als Kind Masern.

Keine Krämpfe.

Mit sieben Jahren die Treppe heruntergefallen, einige Stunden besinnungslos, Verletzung unter dem rechten Auge. Kein Erbrechen.

Mit acht Jahren vom Wagen überfahren, keine erhebliche Verletzungen

Auf der Volksschule leicht gelernt, nur immer unartig, viel Streiche gemacht, jedoch ohne Tierquälereien. Hatte öfter mit anderen Jungen Schlägereien. Erbrach einmal den Vertiko zu Haus, nahm zirka 10 Mark fort und vernaschte sie.

Zuweilen aus der Schule fortgeblieben, wenn er seine Arbeiten nicht gemacht hatte. War anfangs sehr ordentlich, in den letzten Schuljahren, vom 8.—9. Lebensjahre hat er den Eltern viel Kummer gemacht. Naschte zu Hause dauernd. Verkaufte Sachen, die er von Haus mitnahm (Kleider, Uhr, Stiefel), leugnete nachher alles ab, brachte das Geld durch. Seine Geschwister zuweilen geschlagen. War eigensinnig und streitsüchtig. Nach der Schulzeit mit Vater zum Möbeltransport Arbeitete erst gut, zuletzt nirgends ausgehalten, bummelte meist, gab den Eltern kein Logisgeld, weshalb sie ihn heraussetzten.

Kein Potus. Leicht aufgeregt, weinte dann auch leicht. Kein Bettnässen. 1915 zur Marine eingezogen nach Flensburg im Juli nach Hause beurlaubt, wurde er fahnenflüchtig. Vater sah ihn einige Tage später auf der Straße, wollte ihn ansprechen, da lief er fort.

9. 11. 15. Kommt in derselben trottelhaften Weise ins Zimmer wie vor einiger Zeit der Matrose L., mit dem er auch nach Aussage seines Begleiters im Lazarett zusammen gewesen sein soll. Sieht sich fortwährend mit

blöden Gesichtsausdruck um, gibt erst keine und dann mit heiserer Stimme in kindischer Weise Antwort.

Wie heißen Sie? „Ja — Ja, Mensch.“

Kruse? „Ja — Ja.“

Wie noch? „hier.“

Wie heißen Sie? „Ja — Ja, Kruse.“

Woher? „Hier ist der Koch, Mensch.“

Hans Koch? „Nix Nox, das weiß ich doch nicht Mensch.“

Gegenstände:

Federhalter! Macht Bewegung des Schreibens. Löscher! Wackelt mit dem Kopf, sieht sich um!

Tintenfaß! Macht die Bewegung als wenn er mit der Feder eintaucht!

Tischdecke! „- — — Ja — Ja — — — Tu mir doch nix!“

Wie nennt man das hier? „Was nennt das hier.“

Wie alt? „25.“

Was sind Sie? „Beim Möbeltransport.“

Was augenblicklich? „Beim Möbeltransport.“

Matrose? „Ja.“

Wie lange? „Weiß ich doch nicht mehr, 2 Wochen.“

Weshalb im Lazarett? „Nee.“

Wackelt mit dem Kopf.

Kennen Sie den Matrosen L.?

„— — — — wo wir?

Der ist doch bei Frau Holle.“

Wo Frau Holle? „Der ist weg.“

Weshalb ins Gefängnis — — —

„ne? ich nicht.“

Lacht fortwährend mit gemacht blödem Gesichtsausdruck, offenem Mund. Wackelt andauernd mit dem Kopf, das Wackeln hört aber zeitweise auf. Reißt die Augen weit auf, zuweilen ängstlicher, zuweilen etwas zorniger Gesichtsausdruck. Bleibt bei seinem Verhalten trotz energischem Zuredens. Schreibt auf Verlangen seinen Namen, freut sich darüber in gemacht kindlicher Weise. Auf Befragen weshalb er in Haft gewesen sei, ob er gestohlen habe: „Was gestohlen? Nix zu machen hier.“

Sollen Sie geschimpft haben? „Ja.“

Gegen Vorgesetzten? „Beim Mittagessen doch Mensch.“

Wo? „Bei Frau Holle.“

Kräftiger Knochenbau.

Zuckt beim Beklopfen des Kopfes zurück, bei Augenuntersuchung kneift er die Augen zu.

Somatische Untersuchung o. B.

Reagiert auf unerwarteten Nadelstich äußerst heftig. Reagiert dann, als er sagen soll, ob es weh tut, überhaupt nicht. Beim Stich ins Septum reagiert er lebhaft.

Romberg negativ.

Herztöne rein.

Lunge o. B.

Zeigt auf eine Narbe am Bauche „er sei gefallen, Braut gehabt, die weggelaufen sei.“

Gibt den Namen der Braut nicht an.

10. 11. 15. Augenuntersuchung Prof. Oloff. Hintergrund o. B.

19. 11. 15. Schüttelt mit dem Kopf, wenn er sich beobachtet weiß, sonst nicht. Gibt blöde Antworten, wenn der Arzt ihm fragt. Soll sich sonst noch äußerlich geordnet benehmen, essen, trinken, austreten, aber nicht sprechen.

Wird elektrisiert mit faradischem Pinsel, sagt dann Namen und Wohnung.

Wo hier? „Splienberg.“

Auf weiteres Faradisieren: „Nervenklinik“, sagt zum Arzt erst „Du“, gibt dann auf weiteres Fragen an, man müsse „Sie“ sagen und „Herr Doktor“.

Gibt die Adresse seiner Eltern an, weint, als man ihn fragt, ob seine Eltern kommen sollen.

Sagt dann, er sei wegen unerlaubter Entfernung, nicht wegen Fahnenflucht, zwei Tage in Haft gewesen, dann nach dem Wiker Lazarett gekommen. Sei wohl zehn Tage her. Verspricht dann bis morgen seinen Lebenslauf zu schreiben. Verlangt Feder und Tinte. Bei der Entlassung aus dem Untersuchungszimmer noch sehr kindlich, sagt, man solle das nicht wieder tun.

2. 12. 15. Seit dem Elektrisieren durchaus geordnet,

garnicht mehr kindlich. Spricht geordnet und ruhig, bittet um seine Entlassung.

Weshalb er vom Militär ausgerückt sei? „Das sei Quatsch gewesen."

A. B.: Der Dienst sei ihm wegen seines Bruches schwer gefallen, habe nicht mitkommen können beim Laufen, habe sich wegen des Bruches auch mal krank gemeldet, der Arzt habe ihn gesagt, es gehe wohl, er soll nur in die Kaserne gehen.

Er habe einen Tag Urlaub gehabt, hatte auch einen Urlaubspaß.

Mit dem Brief an seine Truppe habe er sich entschuldigen wollen, daß er nicht kam. Gibt zu, seine Uniform zurück geschickt zu haben, „was er auch damit solle", davon, daß der Vater ihn auf der Straße getroffen, will er nichts wissen, bestreitet auch auf den Postabschnitt geschrieben zu haben, er liege im Lazarett Bellevue.

Dabei, daß er Arbeit gesucht und nicht zum Militär zurück sei, habe er sich nichts gedacht.

Sei als Kind unartig gewesen, daß er mal den Vertiko erbrochen, könne wohl sein, auch auf der Schule blau gemacht.

Gibt auch zu, Gegenstände des Vaters verkauft zu haben.

A. B. Habe den Eltern kein Logisgeld gegeben. „Wenn ich noch mal nach Haus kommen, dann werde ich noch was erzählen, Affe, Quatschkopf". Der Vater brauche das nicht alles zu erzählen.

7. 12. 15. Ruhig, geordnet, klar. Möchte nach der Villa und draußen im Garten arbeiten. Hilft bei der Hausarbeit.

12. 12. 15. Nach der Villa verlegt, arbeitet im Garten.

17. 12. 15. In Haft abgeholt, Entlassen.

Am 19. 11. 15. hat Patient seinen Lebenslauf geschrieben. Schrift und Ausführung sind seinem Bildungsgang entsprechend recht ordentlich. Patient erwähnt alle Einzelheiten seines Lebensganges in richtiger Reihenfolge. Die Aufzeichnungen stimmen mit den Aussagen des Vaters

überein. Über seine Entfernung vom Truppenteil und die Zeit bis zu seiner Verhaftung äußert er sich etwas romanhaft weitschweifig, gibt jedoch verschiedene Einzelheiten aus dieser Zeit richtig und genau an. Aus dem Pflegebericht geht hervor, daß K. sich auffallend benahm, solange er sich beobachtet glaubte. Der Schlaf sei immer gut gewesen. Mit der Schwester sprach er ganz vernünftig, las Zeitungen, spielte Karten und beschäftigte sich seit dem 23. 11. mit Hausarbeit. Beobachtet die andern Kranken und unterhält sich viel mit dem Patienten S.

28. 12. 15. Ins Reservelazarett Schleswig überführt.

Hier wird festgestellt: Patient antwortet auf alle Fragen langsam aber sinngemäß, nur über den Zeitabschnitt seiner Fahnenflucht will er sich nicht recht erinnern. Neben dieser angeblich recht lückenhaften Erinnerung für die Zeit seiner Abwesenheit von der Truppe fällt vor allem bei K. ein gewisser Wandertrieb auf. Gesichtsausdruck ist einförmig, oft dummerhaft verlegen, seine Stimmung vorwiegend gleichgültig. Der Eindruck des Gemachten drängt sich dem Untersucher nicht selten auf. Eine Übertreibung nach der Richtung einen stärkeren geistigen Defekt zu präsentieren, ist offensichtlich vorhanden.

In seinem Gutachten führt Dr. R. aus, daß der § 51 dem Kranken nicht zugebilligt werden könne, jedoch sei seine Zurechnungsfähigkeit merklich gemindert, da er infolge seines Schwachsinnes die Folgen seiner strafbaren Handlung nicht wie ein Vollsinniger hätte übersehen können.

---

2. Fall.

Der 24 Jahre alte Torpedoheizer Heinrich W. ist während seiner Dienstzeit am 16. 4. 15. mit 4 Wochen strengen Arrest vorbestraft.

Am 22. 6. 15. wurde er wegen 3facher Gehorsamsverweigerung und Achtungsverletzung zu 2½ Jahren Gefängnis verurteilt, das Urteil wurde am 6. 7. 15. bestätigt. W. stützte sich bei seinem Widerstande gegen den gegebenen Befehl auf einen Wasserbruch, der ihm stets Schmerzen in

der Nierengegend mache. Durch wiederholte ärztliche und spezialärztliche Untersuchung wurde damals festgestellt, daß W. völlig gesund sei. Ausdrücklich wurde von dem psychriatischen Gutachter festgestellt, daß W. auch psychisch gesund war, jedoch wurde hervorgehoben, daß er einen geistig etwas minderwertigen Eindruck mache und infolgedessen das Verantwortungsgefühl bei ihm nicht ausgeprägt wäre wie beim normalen Menschen.

Am 26. 6. 15., also nach 5 wöchentlicher Untersuchungshaft, wurde W. als krank dem Festungslazarett Wik überwiesen.

Hier wurde folgender Befund aufgenommen:

29. 6. 15. Vorgeschichte nicht feststellbar, da Patient nicht spricht. Reagiert auf Fragen mit Lachen, kaut fortwährend an seinem Daumen. Auf Anruf keine Reaktion. Liegt mit der Hose im Bett, sträubt sich gegen Ausziehen heftig. Macht sehr schwachsinnigen Eindruck. Körpergewicht 66 kg.

11. 7. 15. Seit 2 Tagen nicht gegessen. Spricht manchmal das Wort „Vater" mit weinerlicher Stimme.

15. 7. 15. Liegt im Bett, den Kopf unter der Decke, grimmassiert, reagiert auf Berührung negativistisch.

18. 7. 15. Starker Negativismus, Grimmassieren. Angefaßt zeigt er ängstlichen Ausdruck, schreit und weint, Mund abnorm klein zusammen gezogen, kaut an den Fingern.

12. 7. 15. Unverändert, bis jetzt nichts gesprochen.

Am 12. 7. 15. der psychiatrischen Klinik überwiesen. Hier wurde folgendes festgestellt:

Anamnese.

Abgegeben vom Bruder am 30. 7. 15.

Vater nach 30 jähriger Dienstzeit als Weichensteller wegen Nerven pensioniert, hatte Zittern im Arm, soll auch herzkrank gewesen sein.

Mutter nicht nervös. Keine Heredität, keine Krämpfe. 2 Schwestern und ein Bruder gesund. Mutters Bruder hat aus unbekannten Gründen Selbstmord begangen.

Patient normal entwickelt, in der Schule gut gelernt, immer leicht aufgeregt, wurde gleich wild. Er sei der ein-

zige in der Familie der sich so aufregte, furchtbar wütend sein konnte, wenn man ihm etwas sagte. Bekam Zucken und Schütteln mit dem Kopf, weinte dann noch als großer Junge. Wurde Schlosserlehrling und lernte gut, doch äußerte der Meister von ihm, „er müsse was weg haben". Wollte oft aus der Lehre laufen, nach der Lehrzeit unstet, blieb oft nur ein paar Tage in der Stellung.

Kein Potus, keine sexuellen Ausschweifungen. Von einer venerischen Infektion nichts bekannt. Machte den Eltern immer viel zu schaffen.

Befund.

21. 7. 15. In sich versunken, bei passiven Bewegungen Negativismus, auffallend blöder Gesichtsausdruck, starkes Grimmassieren und dauerndes Verzerren des Gesichts zu einer blöden Fratze, besonders die Stirn liegt dauernd in tiefen Horizontalfalten, die Augenbraunen sind hoch gezogen, die Lippen etwas geöffnet, Fletschstellung des Mundes. Die Finger sind unruhig, der Blick vom Arzt abgewandt und auf den Boden geheftet. Die Lippen bewegen sich zeitweise tonlos. Bei Anrede wächst die Unruhe, die Füße machen einige unkoordinierte Bewegungen, Atmung vertieft sich, einige unartikulierte Laute kommen heraus. Bei Berührung schreckt er auf und grinst den Arzt an.

Wie heißen Sie? „Mm — — Mm."

Bei Drohbewegung mit dem Federhalter weicht er mit kindlich entsetztem Ausdruck zurück. Nadelstiche auf Hände und Wangen erzeugen nicht die geringsten Abwehrbewegungen, flüchtig blickt er auf die Stelle hin, wo gestochen wurde. Später weicht er zurück, stößt ein kurzes Gelächter aus und sagt kindlich: „nicht". Drohung mit der Faust erst unbeachtet, dann ängstliches Zurückweichen mit dem Stuhl.

Keine kataleptischen, keine Icherscheinungen. Negativistische Muskelspannung ist großem Wechsel unterworfen.

Körpergewicht 65,3 kg.

Der somatische Status ist abgesehen von einer totalen Hypalgesie normal.

Der Untersuchung wird geringer passiver Widerstand entgegengesetzt.

22. 7. 15. Liegt für gewöhnlich stuporös mit eigenartig blödem Gesichtsausdruck und starkem Grimassieren da, kaut stundenlang an dem Zipfel seiner Bettdecke, geht allein austreten, ißt die vorgesetzten Speisen.

24. 7. 15. Befolgt keine Aufforderung, die allein sprachlich gegeben wird, wohl aber wenn sie durch Gesten begleitet wird.

28. 7. 15. Nimmt immer gut Nahrung zu sich, übergeht man ihn beim Essen, so kümmert er sich nicht weiter darum, macht nicht erkennbar, daß er Hunger hat. Verhalten wie vorher.

30. 7. 15. Besuch des Bruders. Reagiert erst garnicht, dann prägen die Gesichtszüge plötzlich starres Erstaunen aus, der Blick wird eigentümlich finster, Tränen treten in die Augen. Spricht kein Wort. Verhalten nach Fortgang des Arztes unverändert.

8. 8. 15. Scheint zu verstehen, wenn er angeredet wird, lächelt.

31. 8. 15. Unverändert. Grimassiert noch immer wenn er angeredet wird, antwortet manchmal mit ja oder nein.

10. 10. 15. Geordneter. Verlangt ab und zu seine Entlassung. Auf seine Strafverbüßung aufmerksam gemacht, wird er erregt, drängt fort, sagt er habe keine Strafe.

20. 10. 15. Wieder ruhiger.

26. 10. 15. In der letzten Zeit ruhig. Kommt ins Arztzimmer sagt, er wolle raus. Nachdem ihm seine Verurteilung vorgelesen wird: „die Sache ist vorbei, mir kann keiner einsperren, mir kann keiner festhalten. Ich komme heute noch heraus, mir geht das nichts an, ich habe nichts gemacht".

A. V., daß er dann ohne Verstand gewesen sei: nein, sei immer bei Verstand gewesee. Glotzt blödsinnig vor sich hin.

31. 10. 15. Jetzt ruhig. Arbeitet etwas mit. Will entlassen werden.

3. 11. 15. Wie lange hier? „Weiß nicht."

Ungefähr? „6 Wochen."

Sonstige Beschwerden? „Bei schwerer Arbeit Schmerzen im Unterleib."

Hier arbeiten Sie doch nicht schwer? „Nein."

Warum so traurig? „Weil ich eingesperrt worden bin."

Wann? „Bevor ich hierher kam."

Warum? „1 1/2 Monat."

Weswegen? „Konnte den Dienst nicht mehr machen, darauf haben sie mich eingesperrt. Ich habe nichts gemacht, ich bin mir keiner Schuld bewußt, mir ist eben kein Glaube geschenkt worden."

Wieviel bekommen? „Ich bin eingesperrt worden, aber nicht verurteilt. Ich weiß nichts davon, mag überhaupt nichts mehr mit der Sache zu tun haben. Ich will bloß hier raus."

Wohin? „Nach Haus, ich weiß was ich zu machen habe, mögen sie mich holen, mir ist egal, ich habe keine Lust mehr zu leben."

16. 11. 15. Haben Sie noch Beschwerden? „Nein."

Glauben Sie immer noch, daß Sie unschuldig verurteilt sind? „Ja."

Was haben Sie dann gemacht? „Ich habe nichts gemacht, ich habe mich bloß krank gemeldet."

Für eine bloße Krankmeldung wird man doch aber nicht bestraft? „Mich haben sie einfach eingesperrt."

Untersuchungshaft oder Gefängnis? „Arrest."

Fühlen Sie sich körperlich gesund? „Ja, nur beim schwerem Arbeiten im Rücken und in der linken Seite Schmerzen."

Macht einen bedrückten Eindruck, ist aber völlig orientiert und geordnet.

Nach dem Pflegebericht ist kein Unterschied zwischen dem Benehmen des Patienten in Gegenwart des Arztes und im Benehmen auf den Krankensaal. Die allmähliche Besserung der Orientierung, die der Arzt konstatiert, kommt auch im Pflegerbericht zum Ausdruck.

Das Körpergewicht fiel zunächst in 3 Wochen von 66 kg auf 56 kg, stieg dann langsam wieder auf 62,3 kg.

3. Fall

Der Postschaffner Gustav S. hatte am 21. Sept 15, bei seinem Dienst im Paketraum ein fehlgeleitetes Paket, das der Verpackung nach sofort als Butterpaket erkannt werden konnte, mit einer neuen Adresse versehen, die an seine Schwiegermutter in Heikendorf adressiert war. Seine Schwiegermutter hatte ihm einige Tage vorher gesprächsweise erklärt, daß sie so schwierig Butter bekommen könne. Der Diebstahl wurde entdeckt und S. zur Rede gestellt. Er leugnete die böswillige Absicht und erklärte, der Zettel habe neben dem Pakete gelegen, er habe ihn nur aufgeklebt. Erdrückenden Beweisen gegenüber gestand er. Erst später erklärte er, er müsse die Tat in einem Zustande geistiger Unzurechnungsfähigkeit begangen haben, da er seit dem 8. 3. 15, an den Folgen eines Unfalls leide, oft Kopfschmerzen habe. Jedoch habe er Dienst nie größere Aufregung gezeigt. Es wurde festgestellt, daß S. bisher keine weiteren Unterschlagungen gemacht hatte.

Am 23. Sept. 15. machten sich bei S. Zeichen von Geistesstörung bemerkbar, weswegen er in die Nervenklinik überführt wurde.

Hier wurde folgende Krankengeschichte aufgenommen:

Anamnese.

Aufgenommen am 23. 9. 15. Nach Angabe der Ehefrau.

Kennt ihn seit 5 Jahren, sei in der Zeit nicht krank gewesen. Keine Kinder, kein Abort.

Vor einem halben Jahre habe er einen Unfall gehabt. Es sei ihm ein eisener Wagentritt gegen den Leib gestoßen, dabei sei er hintenüber auf den Hinterkopf gefallen, sei dann wohl bewußtlos gewesen. Das wisse sie aber nicht genau. Nachts um 12 Uhr sei er im Sanitätswagen nach Hause gebracht. Zu Hause behandelt. Wegen Blut im Stuhl zur Chirugischen Klinik gebracht, durchleuchtet. Mit der Zeit sei es besser geworden, habe aber immer noch Kopfschmerzen gehabt. Nie Krämpfe. Tat nach 6 Wochen wieder Dienst. Vorgestern habe er plötzlich beim Dienst Unsinn gemacht, Pakete falsch verteilt usw. Er sei deshalb aufgefallen. Frau wurde zur Post gerufen, nahm ihn zu

Fuß mit nach Hause. Nachts fing er an durcheinander zu reden, lief auch umher, wußte nicht wo er war. Zerschlagen habe er nichts. Tagsüber lag er still im Bett. Sprach nichts, außer einzelnen Worten: „Wasser“ und: „ich falle“.

Aß seit vorgestern nichts.

Befund.

23. 9. 15. Mit dem Wagen gebracht, liegt mit geschlossenen Augen, reagiert nicht auf Anruf, noch auf Nadelstiche, spricht nicht, befolgt keine Aufforderungen. Beklopfen des Schädels keine Reaktion. Pupillen weit, gleich, rund, reagieren prompt.

Reflexe normal vorhanden.

Sensibilität nicht zu prüfen. Schmerzempfindung herab gesetzt. Die passiv erhobenen Extremitäten sinken langsam zurück.

Motilität frei.

Konjunktivalreflex fehlt, Kornealreflex stark herabgesetzt.

Puls 80 regelmäßig, voll und kräftig.

Herztöne rein.

Andere Organe o. B.

Bewegt dauernd und taktmäßig die Unterlippe auf und ab.

24. 9. 15. Liegt zu Bett, antwortet nicht auf Fragen. Ißt allein und gut, hält sich sauber.

26. 9. 15. Ruhig, heute geordnet, spricht wieder, antwortet, unterhält sich mit der Schwester.

29. 9. 15. Regte sich darüber auf, daß die Postkasse hier nur 1 Mark bezahle. Er verstehe das garnicht.

1. 10. 15. Sagte es werde nicht besser mit ihm, habe immer Leibschmerzen. Macht bei der Visite einen etwas konfusen Eindruck, meint er würde überhaupt nicht gesund, sein Darm sei krank.

3. 10. 15. Geordnet. Gehe jetzt ganz gut, nur etwas Kopfweh, habe das immer gehabt. Es sei als wenn er ein Brausebad, bald schlimmer, bald weniger schlimm, im Kopfe habe. Die Kopfschmerzen seien immer, Tag und Nacht da. Klagt über Schmerzen im Leib, besonders nach dem Essen, die seit dem Unfall da wären.

Macht ganz geordnete Angaben über den damaligen

Unfall, klagt er würde nicht wieder besser. Auf die Unterschlagung will er sich nicht besinnen können. Er solle auf ein Paket eine falsche Adresse geklebt haben, es kämen oft Leute an den Schalter, die Adressen aufgeklebt haben wollten. So solle es wohl gewesen sein. Detaillierte Fragen beantwortet er mit: „Weiß ich nicht."

Halten Sie sich für geisteskrank? „Nein."

Auf weitere bedrängende Fragen: „Gedankenlos bin ich allerdings etwas."

Sagt immer wieder: Er wisse von der ganzen Geschichte nichts von.

Öfter Pakete beseitigt: „Nee."

2. 10. 15. Behauptet nach der Unterredung ginge es ihm schlecht.

5. 10. 15. Wurde heute von einem andern Patienten an den Kopf geschlagen. Darüber sehr aufgeregt, rennt umher, schimpft: Hier könne man ja tot geschlagen werden. Schreibt Beschwerdebrief, betont darin, daß er kopfleidend sei. Brief ist stilistisch gut abgefaßt.

6. 10. 15. Macht munteren Eindruck, doch angeblich schlecht geschlafen. Bleibt dabei, daß er von der Geschichte mit dem Paket nichts wisse. Eine kurze Intelligenzprüfung ergibt keinen besonderen Defekt. Wisse nicht, wie er hier hergekommen sei. Entlassung auf Wunsch.

Am 7. 12. 15. wurde S. wiederum der Klinik überwiesen.

Die Frau gab an:

Zu Hause habe es ihm anfangs gut gegangen, habe viel zu Bett gelegen. Seit 8 Tagen verändert, soll wenig geschlafen und gegessen haben, aber ruhig gewesen sein. Am 1. und 3. 12. sei S. zur Vernehmung gewesen, danach Zustand verändert, stumpfer geworden.

Befund. Im Sanitätswagen von der Frau gebracht, wird ins Bett getragen, bewegt etwas die Lippen, reagiert nicht auf Anrede.

Patellarreflexe vorhanden.

Pupillen reagieren auf Lichteinfall.

Kein Klonus.

Auf Nadelstiche keine Reaktion, beim Stich ins Septum leises Zucken der Lider.

8. 12. 15. Augenuntersuchung o. B.

Bei leichter Faradisation schreit er und macht heftige Abwehrbewegungen, hinterher in gleicher Weise stuporös.

9. 12. 15. Auf die Frage wie es ihm gehe, zeigt er auf seinen Kopf.

Ob er an Kopfschmerzen leide? Nickt.

Ißt gut.

11. 12. 15. Keine sprachliche Reaktion, auf Anrede nickt er mit dem Kopf.

13. 12. 15. Nach der Faradisation antwortet er auf Befragen, es gehe ihm schlecht.

15. 12. 15. Schläft gut, antwortet mit Ja und Nein.

18. 12. 15. Antwortet etwas besser, sehr langsam.

22. 12. 15. Besuch von Frau und Mutter, hat sich ganz gut unterhalten.

Ist vernünftiger Zurede bezüglich seines Strafverfahrens zugänglich, willigt deswegen in seine Entlassung.

23. 12. 15. Von der Frau abgeholt.

Im Falle K. ist die aetiologische Basis für das Ausbrechen einer Geistesstörung ohne Zweifel vorhanden. In der Familie ist ein Fall von Geisteskrankheit. Mit sieben Jahren erlitt K. einen Unfall, der mit mehrstündiger Bewußtseinstörung einher ging. Sein Verhalten zu Hause, seine Unverträglichkeit im Verkehr mit den Geschwistern und Kameraden und seine Unstetigkeit bei der Arbeit beweisen, daß es sich um einen minderwärtigen Charakter handelt. Trotzdem hat K. bis zu seiner Verhaftung kein Symptom einer Geisteskrankheit geboten, sondern die psychopatischen Erscheinungen traten erst nach seiner Inhaftierung auf. Es

wäre daher möglich, daß die Geisteskrankheit nur vorgetäuscht wäre, um sich der Bestrafung zu entziehen, denn daß eine erhebliche Furcht vor der Strafe vorhanden war, geht daraus hervor, daß K. nach der Straftat 6 Wochen lang vagabundierte und im Freien nächtigte, um sich, wie er sagte, nicht erwischen zu lassen. Der Verdacht einer Simulation oder Aggravation wurde im Verlauf der Behandlung wiederholt ausgesprochen, jedoch muß jetzt nach Abschluß der Behandlung eine reine Simulation des Krankheitsbildes über einen Zeitraum von 3 Monaten, solange war K. in Behandlung, als undurchführbar bezeichnet werden. Wir müssen daher eine Situationspsychose, hervorgerufen durch die somatischen und psychischen Schäden vor und während der Haft, annehmen; auch treffen die von *Stern* angegebenen Merkmale der Situationspsychose im vorliegenden Falle zu. Der Beginn der Erkrankung ist plötzlich und die einzelnen Krankheitsphasen sind durch äußere Umstände beeinflußbar. Ebenso ist die von *Stern* geforderte affektierte Färbung des Zustandbildes und der Sinn für Bequemlichkeit vorhanden. Trotzdem bleiben; wenn wir auch eine Geisteskrankheit annehmen müssen, viele Widersprüche ungeklärt.

Anfangs reagiert K. auf Fragen garnicht oder nur mit wirren Reden, während er zu gleicher Zeit Briefe schreibt, die, wenn auch in der Form nicht ganz korrekt, so doch seinem Wunsch klar zum Ausdruck brachten. Während auf der einen Seite tiefster Blödsinn zu bestehen scheint, sehen wir andererseits, daß der Patient in der Verrichtung seiner Bedürfnisse, beim Einnehmen der Mahlzeiten und Aufenthalt im Krankensaal ein, wenn auch nicht normales, so doch geordnetes Verhalten zeigt. Die Erinnerungslosigkeit für die Zeit der Straftat ist nicht vollständig. Der Patient erinnert sich gut aller Einzelheiten deren Beurteilung ihm nützlich ist, so betont er, er habe Urlaub gehabt, sei daher nicht fahnenflüchtig. Die Frage nach seinem Namen beantwortet er mit: „Ja, ja Mensch", die nächste Frage mit: „hier". Das war die zurechtgelegte Antwort auf die vermutete Frage: Woher? Wenn nach *Stern* die richtige Auffassung der Frage bei verkehrter Antwort nicht als sicherer

Beweis der beabsichtigten Simulation angesehen werden kann, so ist diese Tatsache, wenn auch nicht allein, so doch in Verbindung mit anderen auffälligen Symptomen verwertbar.

Der Untersucher in der psychiatrischen Klinik stellt fest, daß K. dasselbe Benehmen zeigt, wie ein Matrose, in dessen Gemeinschaft er gelegen hatte.

Unter Berücksichtigung dieser Tatsachen dürfen wir wohl behaupten, daß es sich im Falle K. um eine Situationspsychose handelte, deren Symptome von dem Patienten bewußt stark übertrieben wurden.

Im Falle W. wurde festgestellt, daß Patient, wenn auch nicht erblich belastet, so doch schon als Knabe ein abnormes Wesen zeigte, das in späteren Jahren noch mehr hervortrat. Sein Meister erklärte, W. müsse „was weg haben" wenn er auch mit den Leistungen seines Lehrlings zufrieden war. Nach der Lehrzeit war Patient, der strengen häuslichen Zucht entwachsen, unstet und hielt nie länger auf einer Stelle aus als ein paar Tage. Die psychopatische Veranlagung für den Ausbruch einer Geisteskrankheit ist vorhanden. Nach einer 5 wöchigen Haft traten ziemlich plötzlich die Anzeichen einer Seelenstörung im Sinne einer Katatonie auf. Betrachten wir die Krankheitssymptome, so finden wir, daß das Bild der Katatonie, insbesondere der katatonische Stupor mit seinem Negativismus, der Nahrungsverweigerung und dem starren Festhalten des zur Grimasse entstellten Gesichts so ausgeprägt ist, daß wir die Simulation eines derartigen Krankheitsbildes über den Zeitraum von mehr als 3 Monaten für unmöglich erklären müssen. Der Verlauf der Erkrankung und ihre einzelnen Symptome geben keinerlei Anhaltspunkte für Simulation. Es besteht kein Unterschied im Verhalten des Patienten dem Arzte gegenüber und unbeobachtet im Krankensaal. Die Erinnerungslücke für die Straftat und die ihr anschließende Zeit ist so vollständig, daß es durch Fragen nicht gelingt, eine Erinnerung aus dieser Zeit herbeizuführen. Geordneter geworden bestreitet der Patient heftig krank zu sein, während doch der Simulant gern für krank gehalten wird.

Deshalb können wir im Falle W. bewußte Simulation und Aggravation ausschließen.

Im Falle S. gibt die Vorgeschichte keinerlei Anhaltspunkte für eine erbliche Belastung, noch Anzeichen für geistige Minderwertigkeit. Das erlittene Trauma mit anschließender Bewußtlosigkeit hat, abgesehen von Kopfschmerzen, keine ernstere Störungen der Psyche im Gefolge gehabt. Der Patient hat schon monatelang den doch immerhin anstrengenden Postdienst zur Zufriedenheit seiner Vorgesetzten versehen.

Die Frage, ob sich das von S. dargebotene Krankheitsbild überhaupt simulieren läßt, muß unbedingt bejaht werden. Die geäußerten Symptomen sind an sich so einfach, daß es bei einiger Geschicklichkeit nicht schwer ist, sich in einen solchen Zustand hinein zu denken. Ebenso ist der Zeitraum, über den sich die beiden Erkrankungen erstreckten so kurz, daß daraus kein Beweis gegen eine Simulation abgeleitet werden kann.

Betrachten wir das von S. dargebotene Krankheitsbild, so finden wir, daß es noch am ersten das Bild eines katatonischen Dämmerzustandes darbietet. Wir konstatieren Zerfahrenheit des Wesens, in dem andeutungsweise Stereotypien zum Ausdruck kommen, jedoch vermissen wir einen ausgeprägten Negativismus und Befehlsautomatie. Außerdem beobachten wir verschiedene Handlungen, die von großer Selbstständigkeit zeugen, vermissen gänzlich eine längere Nahrungsverweigerung, Unsauberkeit und Flexibilitas cerea. Endlich spricht die auffallend kurze Dauer gegen einen katatonischen Dämmerzustand, denn die Heilung einer Seelenstörung im Verlauf von wenigen Tagen ist ausgeschlossen.

Für die Annahme eines epileptischen Dämmerzustandes fehlt die allmähliche Abnahme der geistigen Fähigkeiten und die degenerative Charakterveränderung. Die Pupillenreaktion war dauernd erhalten. Gänzlich fehlen epileptische Krampf- oder Schwindelanfälle.

Die größte Wahrscheinlichkeit könnte man einem hysterischen Dämmerzustande zu sprechen. Darauf weist die Hypalgesie am ganzen Körper und die träge Reaktion der Horn- und Bindehautreflexe hin, jedoch steht dem das Fehlen jeglicher hysterischer Stigmata gegenüber. Die Charakter-

eigenschaften deuten nirgends auf hysterische Veranlagung. Das Verhalten bei und nach der Tat zeugt von viel Überlegung und Ruhe, nichts spricht dafür, daß der Patient aus innerer Notwendigkeit zu Lüge und Schwindelei gehandelt hat, daß wir einen hysterischen Zustand nicht annehmen können.

Es bleibt also nur noch die Frage reiner Simulation zu erörtern. Da findet sich zunächst ein Widerspruch in der völligen Teilnahmslosigkeit gegen Anruf, Nadelstiche und Aufforderung und dem geordneten Benehmen im Krankensaal. Der Patient ißt selbstständig und hält sich sauber, während er gleichzeitig auf die einfachsten Fragen nicht reagiert. Schon nach 3 Tagen unterhält er sich mit der Schwester. Eine so schnell vorübergehende Seelenstörung ist, abgesehen von einem hysterischem Dämmerzustande, den wir ja hier ausschließen müssen, undenkbar. Wie fast alle Simulanten will S. für krank gehalten werden, denn er sagt: es werde mit ihm nicht wieder besser. Auf die Straftat will er sich nicht besinnen können und beantwortet alle diesbezüglichen Fragen mit: „weiß nicht". Die Frage, ob er öfter Pakete beseitigt habe, verneint er. Nach seiner Entlassung und der nun folgenden, für ihn peinlichen Vernehmung bezüglich der Straftat sehen wir dasselbe Bild nochmal, ebenfalls wieder von so kurzer Dauer, daß eine wirkliche Seelenstörung ausgeschlossen ist. Diesmal willigt S., nachdem ihm die Folgen seiner Straftat und die Folgen bei Annahme einer Geisteskrankheit klar gemacht sind, nach wenigen Tagen in seine Entlassung.

Auf Grund der oben angeführten Punkte können wir im Falle S. annehmen, daß es sich um reine Simulation gehandelt hat, wenn man dem S. auch eine gewisse nervöse Schwäche, die durch die Folgen des Unfalls und die Aufregung bei der Vernehmung begründet ist, zubilligen muß.

Zum Schluß ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geh. Medizinalrat Prof. Dr. *Siemerling*, meinem verehrten Lehrer, für die Anregung zu dieser Arbeit und die gütige Überlassung des Materials meinen besten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. *Binswanger und Siemerling:* Lehrbuch der Psychiatrie.
2. *Hübner:* Lehrbuch der forensischen Psychiatrie.
3. *Hoche:* Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie.
4. *Schmidtmann:* Handbuch der gerichtlichen Medizin. 3. Bd. Siemerling: Streitige geistige Krankheit.
5. *Becker:* Die Simulation von Krankheiten und deren Beurteilung.
6. *Bresler:* Die Simulation von Geistesstörung und Epilepsie.
7. *Siemerling:* Simulation und Geisteskrankheit bei Untersuchungsgefangenen, Berl. klin. Wochenschrift 1905, Bd. 48.
8. *Leppmann:* Die Sachverständigen Tätigkeit bei Seelenstörungen.
9. *Archiv für Psychiatrie:* Bd. 14. Siemens: Simulation von Geisteskrankheiten. Bd. 50. Stern: Beiträge zur Klinik der hysterischen Situationspsychosen.
10. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 1915 und 1916.*

Lebenslauf.

Ich, Wilhelm Röper, katholischer Konfession, bin am 22. Aug. 1888 zu Störmede, Kreis Lippstadt, als Sohn des verstorbenen Bürgermeisters Ewald Röper geboren. Ich besuchte das Gymnasium zur Warburg, Arnsberg, Lingen und Münster, woselbst ich das Abiturientenexamen bestand. Dann studierte ich an den Universitäten Münster 5, Berlin 2 und Kiel 3 Semester. Das ärztliche Vorexamen bestand ich im Herbst 1912 in Münster, das ärztliche Staatsexamen am 18. Sept. 1916 in Kiel und erhielt für den gleichen Tag die Approbation als Arzt für das deutsche Reich Ich übte bisher die ärztliche Tätigkeit bei der Truppe und im Reservelazarett zu Babenhausen i. H. aus.